症 例

内視鏡により出血部位を確認できた出血性下行結腸憩室の1例

西伯町国民健康保険西伯病院外科
豊田 暢彦 村田 裕彦

今回われわれは、術前内視鏡にて出血部位を確認できた出血性下行結腸憩室の1切除例を経験したので報告する。症例は46歳、男性。平成10年6月1日、特に誘因なく下血を認め来院した。大腸内視鏡検査にて下行結腸脾彎曲部近くに憩室を認め、憩室底部には出血源と思われる露出血管を認めた。入院後保存的治療を続けたが、以後も下血は断続的に続き、6月3日、再度大量出血を認め、プレショック状態となったため、緊急手術を施行した。下行結腸を授動すると、脾彎曲部より数cm肛門側で結腸間膜対側に径1cmの憩室を認めた。術中内視鏡にて同部からの出血を確認し、憩室の局所切除を行った。病理組織学的には、憩室底部の粘膜下層の動脈に内膜肥厚、器質化を示す部分を認め、血管周囲にはリンパ球、好酸球浸潤を伴う線維化を認めた。また一部の壁の破綻を認め、この部が出血源と思われた。経過は順調で、退院後現在まで再出血は認めていない。

索引用語：結腸憩室、憩室出血、下血

はじめに

結腸憩室からの出血は稀であり、出血をきたしても自然に止血することがほとんどで、緊急手術の適応となることが少ない¹⁾²⁾。今回われわれは、内視鏡検査により出血部位を確認でき、保存的治療を行ったが止血せず、外科的に憩室切除を施行した出血性下行結腸憩室の1例を経験したので、若干の文献の考察を加え報告する。

症 例

患者：46歳、男性。

主訴：下血。

既往歴・家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：生来健康で消化管に関しては異常を指摘されたことはなかった。平成10年6月1日、早朝より特に誘因なく下血を認め、当院内科を受診した。胃内視鏡検査および腹部CTでは異常を認めなかったが、大腸内視鏡検査にて下行結腸の憩室からの出血と診断された。止血はしていたが再出血の可能性も考慮し、外科紹介入院となった。

入院時現症：身長169cm、体重59kg。血圧130/89mmHg、脈拍80回/分、不整なし。栄養状態は良好で、

眼瞼結膜に軽度の貧血を認めた。腹部は軽度膨満していたが、圧痛や異常腫瘍は認めなかった。

入院時検査成績：血液一般検査では赤血球数 $382 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、Hb 11.9 g/dlと軽度の貧血を認めた。

大腸内視鏡所見：下行結腸脾彎曲部近くに憩室を認め、憩室底部には出血源と思われる露出血管を認めた(図1a, b)。また、他には明らかな出血源は認めなかった。この時点では止血していたため、絶食、輸液による保存的治療を続けた。しかし以後も下血は断続的に続き、6月3日、再度大量出血を認め、Hbが7.0 g/dlまで低下し、プレショック状態となったため、緊急手術を施行した。

手術所見：上腹部正中切開にて開腹すると、全結腸内に暗赤色の内容を透見した。下行結腸を授動すると、脾彎曲部より数cm肛門側で結腸間膜対側に径1cmの憩室を認めた。さらに術中内視鏡にて同部からの出血を認めたため、憩室の局所切除を行った。

切除標本：憩室底部に径1mmの露出血管を認めた(図2)。

病理組織学的所見：憩室底部の粘膜下層の動脈に内膜肥厚、器質化を示す部分を認め、血管周囲にはリンパ球、好酸球浸潤を伴う線維化を認めた。また一部に壁の破綻を認め、この部が出血源と思われた(図3)。

図1 大腸内視鏡所見：下行結腸脾彎曲部近くに憩室を認め(a)，憩室底部に露出した血管を認める(b)。

図2 切除標本：憩室底部に径1 mmの露出血管を認める

図3 病理組織学的所見：粘膜下に出血源と思われる動脈を認め、内腸肥厚と器質化を伴っている(HE染色×100)。

術後経過：経過は順調で、術後19日目に退院し、10カ月経過した現在、再出血は認めていない。

考 察

大腸憩室のほとんどは、粘膜と粘膜筋板、粘膜下層が固有筋層を貫いて外部に突出した、圧出性の仮性憩室であり、S状結腸主体の憩室症を左側型、盲腸上行結腸主体のそれを右側型、両方にみられる場合は両側型と一般的に分類されている。欧米では圧倒的に左側型が多いが、本邦では若年者では右側型が多く、加齢とともに左側型が増加する²⁾。その合併症として憩室出血と憩室炎が代表的であるが、このうち憩室出血の頻度は欧米では5～41%³⁾、本邦では1.3～4.1%と報告されている⁴⁾⁵⁾。

憩室出血のメカニズムとして、関与する血管は直動静脈であり、憩室の突出が全層性になると、ドーム状の憩室によって血管が伸展される。さらに、繰り返し加わる刺激によって、血管内膜の肥厚が進行し、血管壁の破綻が生じ大血管につながると考えられており²⁾、自験例でも出血源と思われる血管の内膜肥厚を認めた。

症状は、憩室炎でみられるような腹痛は稀であり、出血による症状が唯一で、出血部位と出血速度により下血の色調はまちまちである。左側型では鮮紅色もしくは赤色、右側型では茶褐色や暗赤色の下血がみられることが多いとされている⁶⁾。また、出血した血液は腸管内に貯留することなく、出血が続く限り繰り返し下

血がみられる。

憩室出血の診断は、暗赤色または鮮紅色の下血、注腸造影および大腸内視鏡検査による憩室の存在、上部消化管出血の否定、出血傾向のないことを検討し総合的になされることが多い¹²⁾。しかしながら、出血により患者の全身状態が不良であったり、血液、凝血塊、便汁によって内視鏡による観察が困難であったり、しばしば憩室が多発していることなどにより、出血部位の同定が困難であったりと、観察不十分になることが多く、自験例のように初回内視鏡検査により出血源と思われる憩室が同定できたことは稀であると考えられる。

出血部位の同定が困難な場合には、テクネシウムシンチグラフィや血管造影が有用との報告もある⁶⁾⁷⁾。一般に血管造影の場合、0.5 ml/分以上の出血が存在すれば、造影可能とされており、可能であれば経カテーテル動脈塞栓療法も行われている⁸⁾。

治療の原則は、保存的治療であり、欧米の報告での自然止血率は75%、手術が必要であったのは20%とされており⁹⁾、本邦でも80%以上が自然に止血し、緊急手術を要する症例は少ないとされている¹⁰⁾。

しかしながら、自験例のように保存的治療を行ったにもかかわらず、出血が継続する場合には外科的切除も行われ¹¹⁾、手術の原則は全憩室切除である。本邦で多くみられる右側結腸憩室の場合、憩室が存在する結腸のみを切除して結腸結腸吻合を行うよりも、右半結腸切除を行うほうが憩室遺残や再発の予防および縫合不全の危険性回避の点からも望ましいと考えられている¹²⁾。自験例は、術前検査にて出血源となった単発性の憩室が同定されたため、憩室の局所切除を施行した。なお、術後の大腸検査でも他に出血源となる病変はなく、追加処置は施行しなかった。

おわりに

内視鏡検査により出血部位を確認でき、外科的切除を施行した出血性下行結腸憩室の1例を報告した。

文 献

- 1) 田辺 博, 今井直基, 渡辺 進他: 大腸出血をきたした大腸巨大憩室症の1例. 外科診療 34: 275—278, 1992
- 2) 倉本 秋, 味村俊樹, 大原 毅: 大腸憩室症(憩室出血). 臨消内科 12: 59—65, 1997
- 3) Rigg BM, Ewing MR: Current attitudes on diverticulitis with particular reference to colonic bleeding. Arch Surg 92: 321, 1966
- 4) 井上 幹夫, 吉田 豊, 笹川 力他: 大腸憩室疾患の疫学と臨床. 外科 46: 1003—1010, 1984
- 5) 杉原健一, 武藤徹一郎, 小西富雄他: 大腸憩室症の治療. 外科 46: 1024—1028, 1984
- 6) Alavi A: Detection of gastrointestinal bleeding with ^{99m}Tc-sulfur colloid. Semin Nucl Med 12: 126—138, 1982
- 7) 山口俊昌, 裏川公章, 西田禎宏他: 血管造影で出血部血が確認され手術しえた結腸憩室大量出血の1例. 日消外会誌 23: 1942—1946, 1990
- 8) 佐藤典宏, 上田祐滋, 河野竜二他: 経カテーテル動脈塞栓術にて救命し得た大腸憩室出血の1例. 日臨外医会誌 56: 2130—2134, 1995
- 9) Reeders JWAJ, Rosenbusch G: Diverticular disease, irritable colon. Clinical radiology and endoscopy of the colon. Thieme, New York, 1994, p 235—251
- 10) 村山憲永, 馬場正三: 右側結腸多発性憩室の病理組織学的検討. 胃と腸 15: 877—883, 1980
- 11) 武川 悟, 片見厚夫, 朝蔭真樹他: 保存的治療にて止血せず緊急手術を行った盲腸憩室出血の1例. 日腹部救急医会誌 18: 925—927, 1998
- 12) 宮崎道彦, 門田卓士, 関本貢嗣他: 大量下血を主訴とした大腸憩室症の2切除例. 手術 51: 139—143, 1997

A RESECTED CASE OF HEMORRHAGIC DIVERTICULUM OF THE DESCENDING COLON IN WHICH THE BLEEDING SITE WAS ENDOSCOPICALLY CONFIRMED

Nobuhiko TOYOTA and Yuhiko MURATA
Department of Surgery, Saihaku Municipal Hospital

A case of hemorrhagic diverticulum of the descending colon in which the bleeding site was confirmed by an endoscopy with a successful resection is reported.

A 46-year-old man was seen at the hospital because of anal bleeding without probable provoking cause on June 1, 1998. Colonoscopic fiber revealed a diverticulum in the vicinity of the splenic flexure of the colon as well as an exposed vessel in the base of the diverticulum which might be bleeding site. After admission, conservative therapy was continued, but thereafter intermittent anal bleeding persisted. On June 3, massive anal bleeding occurred again and the patient fell into pre-shock state, an emergency operation being performed. When the ascending colon was moved, a diverticulum 1 cm in diameter was noted on the contralateral colonic mesentery several centimeters anal from the splenic flexure. Intraoperative endoscopy disclosed bleeding from the same portion. A local excision of the diverticulum was performed. Histopathologically, a part showing intimal hypertrophy and organization in the submucosal artery at the diverticulum's base was observed, and there was fiber change associated with lymphocytes and eosinophilic infiltration surrounding the vessel. And a broken part in the vascular wall was confirmed that was thought to be bleeding site. Postoperative course was uneventful. There has been no re-bleeding up to now.